

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N° 385

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

René JOSEPH

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 12 Mars 1907, à PARIS (Seine)

La Diarrhée des Nourrissons au Sein

Pendant les 3 premiers mois de la vie

Président : M. NOBECOURT, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

René JOSEPH

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Né le 12 Mars 1907, à PARIS (Seine)

La Diarrhée des Nourrissons
au Sein

Pendant les 3 premiers mois de la vie

Président : M. NOBECOURT, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1936

I. — Professeurs

MM.

Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	ERUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TUFINNEAU
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER
Clinique médicale	Maur. VILLARET
	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCCUOT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.

BENARD Henri	Pathologie médicale.
BENARD Et...	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
GAILLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART	Pathologie chirurgicale.
D'ALLAINES.	

MM.

GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU ...	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBE Henri..	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL..	Obstétrique.
LAROCHE Guy.	Pathologie médicale.



MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-	
DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
BESANÇON (J.).	Hydrologie.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique
NEVEU-	
LEMAIRE ...	Parasitologie.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI	} Clinique médicale.
ALAJOUANINE.	
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
CHIRAY	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
VALLERY-RADOT	
(Pasteur).	
SEZARY	

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale
BROcq	
CADENAT	
GATELLIER	
HEITZ-BOYER .	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ	} Clinique obstétricale
VELTER	
ECALLE	
GUENIOT	
LE LORIER	
LEVY-SOLAL ...	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.

RUPPE	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PERE

A MA MERE

A MA GRAND'MERE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBECOURT

*Professeur de Clinique des maladies des enfants,
Officier de la Légion d'honneur,
Membre de l'Académie de Médecine.*

Qui voulut bien accepter la présidence de cette thèse. Hommages respectueux.

A NOTRE MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR ROBERT CLEMENT

Médecin de l'Hôpital Trousseau.

Qui nous inspira le sujet de ce travail, avec notre respectueuse reconnaissance et notre profonde gratitude pour son excellent enseignement et ses bienveillants conseils.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MICHEL POLONOVSKI

*Professeur de Chimie organique et biologique
à la Faculté de Médecine de Lille.*

Qui voulut bien nous éclairer de ses précieuses connaissances.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LEVY-SOLAL

*Professeur agrégé,
Accoucheur de l'Hôpital Saint-Antoine.*

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL
*Professeur de Clinique thérapeutique chirurgicale,
Chirurgien de l'Hôpital de Vaugirard.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT
*Professeur de Clinique Propédeutique,
Médecin de l'Hôpital Broussais.*

MONSIEUR LE DOCTEUR M. BRULE
*Professeur agrégé,
Médecin de l'Hôpital Tenon.*

MONSIEUR LE DOCTEUR EDOUARD MICHON
Chirurgien honoraire des Hôpitaux.

MONSIEUR LE DOCTEUR AMEUILLE
Médecin de l'Hôpital Cochin.

MONSIEUR LE DOCTEUR LECHELLE
Médecin de l'Hôpital Laënnec.

MONSIEUR LE DOCTEUR FARAY
Médecin de l'Hôpital Bichat.

MONSIEUR LE DOCTEUR ROBERT CLEMENT
Médecin de l'Hôpital Trousseau.

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS MICHON
Chirurgien des Hôpitaux.

LA DIARRHÉE DES NOURRISSONS AU SEIN

Pendant les 3 premiers mois de la vie

INTRODUCTION

La diarrhée des nourrissons au sein est une affection banale, fréquente, cependant on l'observe rarement dans les services hospitaliers. En effet, ceux-ci n'accueillent que les cas graves de cette affection dont la principale caractéristique demeure la bénignité.

C'est donc dans les consultations que l'on rencontre un grand nombre des nourrissons présentant ses symptômes habituels.

Sous la direction de notre Maître, le Docteur Robert Clément, médecin de l'hôpital Trousseau, qui nous inspira le sujet de ce travail, nous avons pu recueillir les observations qui figurent dans cette thèse dans les consultations de deux hôpitaux parisiens :

à la consultation de l'hôpital Trousseau,

à la consultation de nourrissons de l'hôpital Saint-Antoine que nous avons pu suivre grâce à la bienveillance du Docteur Lévy-Solal, professeur agrégé, accoucheur de cet hôpital.

Nous avons choisi le titre « Diarrhée des nourrissons au sein », bien que la diarrhée ne soit qu'un des éléments importants du syndrome dyspepsie des nour-

rissons au sein, parce que c'est cette diarrhée qui, le plus souvent, attire l'attention de la mère, de l'entourage. Ces linges toujours souillés, inquiètent plus que ne l'avaient fait quelques régurgitations ou quelques pleurs, et la mère est alarmée par la fâcheuse réputation de cette diarrhée verdâtre, basée sur une confusion faite avec d'autres diarrhées de teinte comparable.

Parfois, une sage-femme, un médecin mal prévenus sont amenés à des essais thérapeutiques excessifs et malencontreux telle l'institution pendant quelques jours d'une diète hydrique amenant une chute brutale de la courbe de poids, ou, éventualité malheureusement fréquente et plus grave, la substitution définitive du lait de vache au lait maternel.

Cette substitution dangereuse fait perdre à l'enfant tous les avantages qu'il retirait d'un aliment pour lequel il est constitué, un constant équilibre thermique, une plus grande résistance aux infections, une croissance pondérable régulière.

CHAPITRE PREMIER

DESCRIPTION CLINIQUE

La diarrhée des enfants au sein, dans sa forme la plus fréquente se rencontre à l'ordinaire chez les nourrissons âgés de quinze jours à trois mois environ. Quelques auteurs en ont fixé le début dès l'émission des premières selles après l'expulsion du méconium, souvent l'apparition des accidents semble coïncider avec la sortie de la maternité où la mère est demeurée une quinzaine de jours.

Le tableau clinique est d'ordinaire complet dès le début de la dyspepsie : les selles sont fréquentes, six à dix par jour en moyenne. Leur nombre cependant semblant être déterminé par le nombre des tétées. En effet, la diarrhée revêt le plus souvent un caractère prandial ; aussitôt après la tétée l'enfant s'agite, pleure, se contracte, on entend un borborygme, et la mère trouve les couches salies par une selle diarrhéique.

Schématiquement, on peut décrire de ces selles deux types un peu différents :

a) un type fréquent ; la *selle fluide*, c'est une selle molle, mal liée, elle revêt parfois dès son émission une teinte verte, due à la présence de biliverdine, souvent

elle est émise jaune ou jaune verdâtre, et ce n'est qu'au bout de quelques instants qu'elle devient verte en s'altérant à l'air. Mais sa teinte n'est pas uniforme, la selle est mêlée de grumeaux, plus ou moins gros, plus ou moins nombreux qui la parsèment de taches d'un blanc grisâtre. Ces grumeaux blancs sont constitués par des amas d'acide gras, de graisse ayant échappé à la digestion ; et sont la traduction évidente d'une traversée intestinale rapide due au péristaltisme excessif.

L'odeur de ces selles est discrète, un peu aigrette et bien caractéristique. Elle décèle dès l'examen des couches, la diarrhée d'un enfant nourri au sein.

b) *La selle semi-liquide* — émise en jets, accompagnée de gaz, verte comme la précédente, et comme elle parsemée de grumeaux blanchâtres, elle est souvent arrosée de mucus mêlés de glaires muqueuses, témoins d'une réaction colitique déjà plus marquée.

La substitution de selles du type semi-liquide, au type fluide chez un même nourrisson indiquerait donc l'aggravation. Mais souvent on les voit alterner chez un même enfant. Les selles du soir étant d'aspect plus inquiétant que les premières selles de la journée.

Jamais en règle on ne voit apparaître les diarrhées franchement liquides, ni franchement glaireuses, ou sanglantes des entérocolites graves.

La flore de ces diarrhées demeure normale, comme l'ont montré M. Guillemot et M^{lle} Scawinska, on peut parfois mettre en évidence dans certaines selles, particulièrement liquide, un nombre important d'entéro-

coque ou de colibacille, mais jamais, même si la nourrice présente une affection d'origine microbienne on ne rencontrera le microbe pathogène dans ces selles.

Mais un caractère chimique important, est la réaction acide de ces selles. Réaction constante et décrite par tous les auteurs. Chaque fois que nous avons cherché l'acidité ionique de ces diarrhées, nous avons trouvé des chiffres compris entre pH 4 et pH 5.

Cependant, la diarrhée s'accompagne parfois de vomissements.

Quelquefois, c'est une simple régurgitation, rejet de lait homogène suivant immédiatement la tétée. Plus sérieux mais plus rares sont les vomissements vrais, de lait ayant déjà subi un commencement de digestion et survenant dans l'intervalle des tétées.

Des coliques précèdent l'expulsion des selles. L'agitation et les cris de l'enfant en sont les seuls indices. On peut les calmer par l'application de compresses chaudes. De même l'examen de l'abdomen peut ou pourrait révéler un léger degré de ballonnement (²).

L'appétit de ces malades est atteint d'une façon qui varie avec chaque sujet. Quelquefois, l'enfant refuse le sein, le prend mal et l'abandonne bientôt. Plus souvent, il s'agit de beaux enfants robustes et florides dont l'appétence est tout entière conservée.

Les complications cutanées sont fréquentes, la plus banale est l'érythème fessier, plus ou moins étendu, parfois vésiculeux.

L'eczéma séborréique se rencontre souvent chez ces nourrissons, allant jusqu'à la grande séborrhée du type

Leiner-Moussous, et ces accidents cutanés sont si bien liés à l'existence de la diarrhée que bien souvent ils évoluent comme celle-ci et ne disparaissent qu'après le rétablissement d'une fonction digestive normale.

Enfin, on a depuis longtemps insisté sur la nature du *terrain* chez ces nourrissons qui présentent cette diarrhée prandiale.

Très souvent ce sont des enfants nerveux, irritables, dormant mal et perpétuellement agités. La recherche du signe de Chvostek s'est montré le plus souvent positive chez ces nourrissons diarrhéiques, et ceci quel que soit leur âge.

Les *signes généraux* sont peu atteints.

Le nourrisson demeure souvent gai et vif, la température reste normale, les urines sont émises comme à l'ordinaire, la fontanelle est rarement déprimée.

En effet, à l'encontre des nourrissons soumis à l'allaitement artificiel, la courbe pondérable est peu touchée chez les nourrissons au sein atteints de cette diarrhée. Sans doute, elle peut présenter des irrégularités, des oscillations anormales, l'augmentation du poids est quelquefois insuffisante, et dans des cas particulièrement marqués, la courbe peut rester quelques jours horizontale.

Mais on ne verra presque jamais ces chutes brutales que l'on rencontre dans les diarrhées graves, et c'est l'étude de ces courbes peu inquiétantes, l'aspect floride habituel de ces enfants qui ont permis depuis longtemps d'affirmer la bénignité du pronostic de cette affection.

A côté de cette forme habituelle de la diarrhée, sur-

venant d'emblée chez le nourrisson de quinze jours à trois mois, on peut considérer comme différentes les diarrhées apparaissant chez le nourrisson de quatre mois d'âge ou plus tard. Souvent alors, le début est progressif. C'est ce que l'on rencontre chez les nourrissons trop gros, manifestement suralimentés. Tolérant longtemps leurs rations excessives, ils ont eu normalement une, deux selles par jour, selles faciles, peu odorantes, jaunes, d'un jaune souci (Marfan) caractéristique d'un fonctionnement digestif satisfaisant. Peu à peu, le nombre de ces selles augmente, leur odeur s'accroît, leur teinte s'éclaircit, et les couches souillées, s'altérant à l'air, prennent une teinte verdâtre. Bientôt s'installera la diarrhée confirmée.

L'aspect de cette diarrhée est le même que ceux décrits plus hauts, les complications identiques. C'est la cause de cette diarrhée qui demeure souvent différente et plus facile à mettre en évidence : c'est bien souvent l'excès de nourriture qui a fatigué progressivement le tube digestif de l'enfant.

C'est parfois à propos du retour des règles de la nourrice que l'on voit apparaître une diarrhée passagère.

La diarrhée peut aussi trouver sa cause dans une infection quelconque, infection de localisations diverses, souvent infection des voies aériennes, parfois aussi infection de localisation, électivement digestive.

Aussi, malgré la similitude des signes cliniques, peut-on envisager cette dernière forme comme bien différente des troubles digestifs des premiers jours, des

premières heures de l'enfant ; aussi, avons-nous pu la considérer comme sortant des limites de ce travail, et n'avons-nous retenu aucune observation se rapportant à des nourrissons dont l'infection avait débuté après le troisième mois.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Le diagnostic de la diarrhée du nourrisson au sein est le plus souvent facile.

On ne confondra pas diarrhée et multi-défécation.

Il s'agira d'éliminer les diarrhées de cause occasionnelle, syndromes divers, au cours desquels la diarrhée du nourrisson n'est qu'un épiphénomène.

Troubles digestifs, au cours d'une infection nerveuse, d'une infection des voies aériennes, de l'apparition des premières dents, troubles digestifs, survenant à l'occasion d'une indisposition du nourrisson ou de la nourrice, d'une modification de l'état physiologique ou d'une erreur alimentaire de celle-ci. Troubles passagers, disparaissant avec l'incident qui en a été la cause.

De même, nous éliminerons du cadre de ce travail l'anaphylaxie au lait maternel, affection donnant un tableau clinique grave, marqué par des vomissements, de la pâleur, avec tendance syncopale ou convulsive, de grosses modifications de la courbe de poids. Tableau

bien différent de ce qu'on est accoutumé de voir dans les troubles digestifs habituels du nourrisson au sein.

Dans la plupart des cas, surtout si l'on considère le nourrisson avant trois mois, le diagnostic différentiel sera relativement aisé.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE

Ainsi, s'agit-il d'une affection banale, bénigne, depuis longtemps connue et décrite et d'un diagnostic différentiel facile.

Cependant, son diagnostic étiologique a donné lieu à de nombreux travaux.

Les auteurs s'appliquant à mettre en évidence la cause de l'affection, dans le but d'y apporter une thérapeutique rationnelle et efficace. De nombreuses causes ont été invoquées.

Dans cette affection du nourrisson, beaucoup d'auteurs ont voulu en premier lieu incriminer *le terrain*.

Pour M. Marfan, l'hérédo-syphilis avec ce qu'elle comporte de débiles, de prématurés, jouerait un rôle de premier plan. Celle-ci, déterminant une insuffisance transitoire des organes de la digestion, aboutirait sous l'influence de l'ingestion du lait de femme à des diarrhées dysergiques. De fait, sur 22 cas, nous avons rencontré deux cas d'hérédité syphilitique indiscutable, mais cette proportion semble inférieure à celle rencontrée dans les consultations hospitalières parisiennes.

Raimondi incrimine directement l'hérédité dyspeptique.

M. Lesage, voyant à ces diarrhées de caractère prandial une cause hépatique, conseille l'emploi thérapeutique du calomel.

Finkelstein, considérant l'aspect fréquemment observé de ces malades, invoque l'idée d'un terrain neuropathique, souvent héréditaire.

En effet, nous avons été frappé du fait que la diarrhée survient souvent chez des nourrissons agités, insomniaques depuis leur naissance. Nous avons pu mettre en évidence, chez beaucoup d'entre eux, des signes de spasmophilie évidente, et même, chez certains, malgré leur âge, nous avons pu provoquer l'apparition d'un signe de Chvostek vrai.

Mais c'est l'étude *du lait de la nourrice* qui a été le sujet des plus nombreux travaux.

On a étudié la proportion normale des éléments principaux du lait et certains auteurs ont rapporté les troubles du nourrisson aux modifications du lait de la nourrice

Un des éléments dont la présence en excès a été depuis longtemps incriminée comme cause de diarrhée rebelle est *le beurre*.

De nombreux travaux, dont les principaux ont eu pour auteurs : Babeau, Guiraud, Budin, Jenma, Bertholet, Del Bondio, Barbier, Rotschild, ont traité de cette question de la dyspepsie par excès de beurre.

Ducuing a, dans sa thèse de 1924, présenté la question dans son ensemble, insistant sur la variabilité de la teneur en beurre, il arrive, par des analyses faites sur des prélèvements effectués au début de la tétée du

matin et à la fin de la tétée du soir, à considérer les chiffres supérieurs à 40 gr. par litre, comme indice de laits trop riches en beurre. Nous empruntons à la thèse de Ducuing l'observation suivante :

OBSERVATION I

Enfant né le 7 janvier 1911, pesant 3 kg. 010 à sa naissance.

Il est nourri par sa mère ; l'enfant, dès le début, tette bien, il prend 40 à 50 gr. par tétée, on remarque cependant dès les premiers jours que les selles sont mal digérées : elles sont liquides, grumeleuses, non homogènes.

Au huitième jour de la vie, le 15 janvier, il vomit pour la première fois ; les vomissements se répètent les jours suivants, ils n'ont lieu qu'aux tétées de l'après-midi, et en particulier, après la tétée de 16 heures. Les selles continuent à être diarrhéiques, grumeleuses et contiennent des mucosités verdâtres.

L'augmentation de poids est au-dessous de la normale et varie de 10 à 15 grammes par jour. Cet état s'aggrave de jour en jour.

Les vomissements augmentent de fréquence et deviennent plus abondants comme s'il y avait une stase gastrique et comme si le vomissement débarrassait l'estomac d'une partie des repas antérieurs.

Après les tétées et notamment après celles de l'après-

midi, l'enfant a de la gêne digestive, il se plaint, il est grognon ; il paraît soulagé quand il a vomi.

Les vomissements ont lieu une heure ou une heure et demie après les repas.

On fait à ce moment une analyse du lait de la mère, on trouve :

Caséïne : 31 gr. 2 le matin, 30 gr. 1 le soir ; moyenne : 30 gr. 6.

Beurre : 40 gr. 1 le matin, 90 gr. 9 le soir ; moyenne : 65 gr. 5.

Cette analyse, faite le 11 février, montrait un excès de caséïne, une quantité de beurre très supérieure à la normale. surtout le soir.

On essaya à ce moment de tirer le lait de la mère aux tétées du soir et de le donner à l'enfant coupé de moitié d'eau.

Le régime fut-il rigoureusement suivi ? Nous ne le pensons pas, car, après avoir semblé donner de bons résultats les premiers jours, il cessa d'être efficace, on remit alors l'enfant au sein seul.

Les symptômes parurent dès lors s'accroître et prendre l'aspect de ceux que l'on observe dans la sténose du pylore. Entre les tétées, on constate de la distension stomacale, puis apparurent des contractions antipéristaltiques très visibles au niveau de l'épigastre. Les mouvements aboutissent à des vomissements de plus en plus nombreux et révèlent par leur abondance et par leur nature l'existence d'une stase stomacale et d'une évacuation incomplète ou retardée. L'enfant vomissait 6 à 7 fois par jour. Les selles augmentaient

de fréquence, 5 à 6 par jour. Enfin, le poids de l'enfant qui jusque-là augmentait dans les mêmes proportions qu'au début, devint stationnaire avec une légère tendance à baisser à partir du 16 février. Il n'y avait ni anémie, ni phénomène d'intoxication.

L'expérience a démontré entre temps que l'enfant ne vomit qu'une partie du lait ingéré et qu'il en garde de 30 à 35 gr. sur le total de la tétée. Les selles sont toujours abondantes, grumeleuses, verdâtres.

Le 22 février, devant la persistance et l'aggravation des phénomènes digestifs, on fait un premier essai de substitution d'une tétée sur deux de lait d'ânesse au lait naturel.

Le premier essai de lait d'ânesse n'est pas suffisamment continué. Sous prétexte que les vomissements ne cessent pas et que le poids de l'enfant baisse, on le remet au sein dès le 25 février, après un essai de seulement trois jours. Les accidents digestifs augmentent alors et au bout de deux jours on recommence à alterner la mose au sein et le lait d'ânesse.

D'autre part, dès le 25 février, la mère avait été mise à un régime sévère dont étaient absolument exclus : les farineux, la bière, l'excès de viande.

Le lait est de nouveau analysé, on trouve :

Caséïne : 25 gr. 6 le matin, 27 gr. 3 le soir ; moyenne 26 gr. 4.

Beurre : 34 gr. 9 le matin, 52 gr. 7 le soir ; moyenne : 43 gr. 8.

On voit qu'on a obtenu par le régime une diminution de la caséïne et surtout du beurre.

A partir de ce moment, les troubles digestifs vont en s'améliorant. A partir du 28 février, la diarrhée diminue ; on n'a plus que 2 à 3 selles par jour au lieu de 6 ou 7. Les vomissements diminuent graduellement, cessant d'apparaître après chaque tétée et le poids de l'enfant reprend une ascension régulière de 30 à 35 gr. par jour.

La diarrhée s'améliore rapidement : au bout de 8 jours les selles sont normales ; les vomissements sont plus longs à disparaître. Dans le courant du mois de mars, l'enfant avait encore 2 à 3 vomissements par jour, mais ils n'ont ni l'abondance, ni les caractères de ceux du début ; on ne perçoit plus en particulier les mouvements antipéristaltiques et les signes de stase stomacale. A un certain moment, par la palpation très minutieuse, on avait cru percevoir dans la région du pylore une sensation de boule, de noyau dur, qui n'existe plus à ce moment ; les vomissements ne disparaissent complètement qu'en avril.

Le 5 avril, l'enfant pesait 4 kg. 700, ayant gagné 1 kg. 300 depuis le moment de la reprise de poids le 25 février.

Le 24 mars, une 3^e analyse du lait de la mère avait été faite. Il est vraisemblable que le régime était moins exactement suivi. On a les chiffres suivants :

Caséïne : 17 gr. 3 le matin, 24 gr. le soir ; moyenne : 52 gr. 5.

Beurre : 44 gr. le matin, 61 gr. le soir ; moyenne : 52 gr. 5.

De fait, nous avons rencontré (obs IV, VI) 2 cas de

diarrhée où l'analyse a révélé un taux important de beurre, sans jamais avoir pu observer de taux aussi anormaux.

La présence de beurre en excès, dans l'intestin du nourrisson demanderait une grande quantité de suc intestinal pour la neutralisation des acides gras. Cette quantité n'étant pas obtenue, ce sont des graisses non saponifiées que l'on retrouve en grumeaux blancs dans les selles diarrhéiques. De plus, les acides gras, par irritation, exaltent le peristaltisme intestinal.

Certains auteurs ont vu une corrélation entre l'acidité des diarrhées des enfants au sein, et la fermentation des *lactoses*. M^{lle} Desbrousses, dans sa thèse de 1930, a fait place dans ses conclusions à cette étiologie.

A l'état normal, le lactose, dont le lait de femme contient en moyenne 68 gr. par litre, est dédoublé dans l'intestin grêle en glucose et galactose. Si le lait ingéré contient une quantité excessive de lactose, ou si le péristaltisme exagérée soustrait le lactose à cette action, le sucre arrive dans les zones où agit la fermentation saccharolitique, fermente et donne des acides gras. Sous l'action de ces acides, le péristaltisme s'exagère encore, les sécrétions augmentent, les acides gras ne sont plus saponifiés, d'où l'existence de la diarrhée acide.

Nous reproduisons ici une observation publiée par M. Ribadeau-Dumas et Fouet à la Société de pédiatrie en mai 1924, où la diarrhée coïncide avec de gros troubles de la croissance et un œdème.

OBSERVATION II

L'enfant C..., né à 8 mois 1/2, pesait 2.700 gr. à sa naissance. Mis complètement au sein maternel, il prend du poids. A 1 mois, il pèse 3.200 gr. Bientôt il cesse de croître, et au cours du 2^e mois, présente un eczéma généralisé, suintant, séborrhéique au front et sur le cuir chevelu. En même temps, ses extrémités, les jambes et les avant-bras sont le siège d'un œdème dur gardant à peine l'empreinte des doigts. La face est œdématiée, les joues sont pâles, comme translucides, tremblotantes. Les selles sont diarrhéiques, vertes, grumeleuses.

A trois mois, l'enfant pèse 3.500 grammes.

Les antidiarrhéiques ne modifient pas la situation.

Il ne prend que 7 tétées, mais le lait de sa mère est abondant, et il prend en moyenne 7 à 800 gr. dans les 24 heures. Une analyse de lait, faite par Boutrou interne en pharmacie, donne les résultats suivants :

Volume apporté à l'analyse : 100 cc.

Extrait à 100° : 118 gr. 35 ; beurre : 15 gr. 20 ; albumine : 15 gr. ; lactose : 90 gr.

L'échantillon du lait analysé provient d'un grand nombre de prises échelonnées sur les six tétées pendant et après chacune d'elles.

Au lait de la mère on ajoute du lait de vache, soit deux biberons de 120 gr. Douze jours après ce changement de régime, le poids n'est pas sensiblement augmenté, il n'est que de 3.570 gr., mais l'eczéma est très atténué, il n'est plus suintant et surtout les

oedèmes ont disparu, le facies de l'enfant se colore. Il est gai et prend ses repas avec appétit. Les selles sont encore fréquentes, mais jaunes et homogènes.

L'enfant est sevré peu à peu et, dans le mois suivant il ne prend que du lait de vache. L'augmentation du poids est de 800 gr. Le facies est bon, l'eczéma a entièrement disparu, les selles sont normales.

La mère, qui a cessé tout allaitement, fournit un nouvel échantillon de lait, dont l'analyse nous donne la composition suivante :

Extrait sec à 100° : 104 gr. 35 ; beurre : 18 gr. 30 ; lactose : 61 gr. 47 ; sels : 1 gr. 01.

Ces échantillons représentent sept prises de lait dans les vingt-quatre heures.

De fait, nous avons rencontré (obs. 3-4-13-15) 4 cas où la diarrhée est observée chez des nourrissons alimentés avec un lait riche en lactose.

CHAPITRE IV

LE pH DU LAIT DE FEMME

Il avait paru intéressant de rechercher si le pH du lait de la nourrice ne pouvait pas se trouver en rapport avec celui des selles, si ces selles acides n'étaient pas dues à l'ingestion d'un lait de pH abaissé.

On trouvera dans les observations ci-dessous la trace de ces recherches. De fait, il nous a semblé que le pH du lait des nourrices allaitant des nourrissons diarrhéiques était sensiblement normal.

Nous avons utilisé pour ces mesures des papiers réactifs, dont nous avons préalablement éprouvé la graduation par rapport à une échelle colorimétrique donnée en les soumettant à l'action de solutions de pH connu.

Si l'usage de ces papiers réactifs permettait d'examiner le pH du lait instantanément, au sein même de la nourrice, il nous a paru que ces résultats n'étaient guère précis.

Nous avons employé la méthode colorimétrique, corrigée par le dispositif de Walpole en utilisant comme réactif le bleu de bromothymol.

La difficulté était de procéder à l'examen rapide-

ment, avant que le lait soit altéré. Par l'une ou l'autre de ces méthodes, nous avons obtenu des chiffres de pH un peu inférieurs à la neutralité 6,6, en moyenne, chiffres voisins de ceux donnés par les auteurs pour le lait de femme.

Cependant, s'il apparaît qu'on ne peut tirer aucun enseignement, quant à l'étiologie de cette diarrhée, de l'étude du pH initial du lait de femme, il peut être intéressant d'étudier les modifications de ce pH au cours de la digestion et en particulier de la digestion gastrique.

Une caractéristique du lait de femme est la facilité avec laquelle il s'altère. Cette instabilité est due à la faiblesse de son *pouvoir tampon*.

Ce *pouvoir tampon* si faible par rapport au lait d'autres mammifères et de la vache en particulier que Aron signalait dès 1914, est à la base de nombreuses réactions colorées permettant l'identification du lait humain, telle la réaction d'Hoyberg qui utilise comme indicateur l'acide rosolique et celle de Meyer au méthylorange.

Une caractéristique aussi marquée expliquant la rapidité avec laquelle le lait humain s'altère, la rapidité avec laquelle son pH initial est modifié, permet sans doute d'expliquer les différences de digestibilité entre les divers laits et peut permettre d'édifier l'hypothèse suivante quant au mécanisme des diarrhées chez les nourrissons nourris au lait de femme :

L'ouverture du pylore étant sous la dépendance du pH du contenu gastrique.

Si, parce que le suc gastrique du nourrisson est particulièrement acidifiant.

Ou parce que le pouvoir tampon du lait ingéré est encore plus bas que normalement.

Le pH déclenchant l'ouverture du pylore est obtenu prématurément, une partie du contenu de l'estomac du nourrisson est soustraite à la digestion gastrique.

Cette hypothèse serait en accord avec le fait que la diarrhée du nourrisson au sein revêt souvent un aspect *prandial*.

La présence d'acide gras dans les selles accélérant le transit intestinal, pouvant être due à la fermentation de sucre ayant échappé à la digestion.

Telles sont les causes auxquelles on a pu attribuer la diarrhée du nourrisson au sein. Il se trouve qu'aucune d'entre elles ne permet d'expliquer entièrement tous les cas de la maladie.

CHAPITRE V

TRAITEMENT

On a vu les difficultés que l'on rencontre lorsqu'on s'efforce d'attribuer à la diarrhée une cause précise afin d'instituer une thérapeutique rationnelle.

L'analyse du lait de la mère doit, si on veut en tirer quelque conclusion, être pratiquée en employant certaines précautions. En effet, chacun des éléments principaux du lait : sucre, graisse, protéine, présentent une grande variabilité chez une même femme entre deux tétées de la journée, entre deux instants de la même tétée. Aussi a-t-on recours, pour avoir un résultat interprétable, à des prélèvements échelonnés dans la journée et faits à des moments différents de la tétée.

Les analyses que nous avons fait pratiquer l'ont été sur des échantillons prélevés de la manière suivante :

- 10 cc prélevés au commencement de la tétée du matin,
- 10 cc au milieu de la tétée de midi,
- 10 cc à la fin de la tétée du soir.

Cependant, il est difficile de s'assurer que l'échelon-

nement a été bien compris, et que le prélèvement a été fait à l'instant choisi, puisqu'on doit le plus souvent s'en remettre pratiquement à l'initiative de la nourrice pour l'exécution de ces divers prélèvements.

Aussi, pensons-nous qu'on doive laisser ces analyses toujours compliquées et souvent inutiles aux cas graves, exceptionnels, de cette affection et tenter dès le diagnostic un *essai thérapeutique* puisque la pratique montre que dans la grande majorité des cas, cet essai se montrera curatif.

Plusieurs auteurs ont expérimenté des médications d'une prescription et d'une administration simple et dont l'efficacité s'est montrée dans la plupart des cas satisfaisante.

Après Yllpö, de nombreux auteurs ont montré l'action alcalinisante sur les selles de substances adsorbantes, tels le bol blanc (silicate d'alumine), le charbon.

M^{lle} Desbrousses cite cette formule empruntée à M^r Ribadeau-Dumas : précipité de chaux léger, 10 gr. ; julep gommeux 125 gr. ; 1/2 cuillerée à café avant chaque tétée.

M^r Robert Clément utilise avec succès l'eau de chaux officinale, administrée à la dose d'une cuillerée à café avant chaque tétée. Bien que cette préparation contienne seulement 1 gr. 69 d'hydrate de chaux par litre, elle semble agir par sa propriété de se combiner avec les acides gras pour donner des savons, avec les acides lactiques et acétiques, pour donner du lactate et de l'acétate de calcium.

Bien qu'il soit difficile de préciser l'action de ces divers médicaments et de dire s'ils se comportent plutôt comme adsorbants que comme antiseptiques ou comme alcalins, ou que les sels agissent par augmentation du pouvoir tampon du lait ingéré. Il est incontestable que dans l'immense majorité des cas, ces médications améliorent rapidement les petits malades et permettent de faire tolérer le lait maternel.

Ils évitent le plus souvent l'édification d'une diététique particulière.

Dans quelques cas, on sera toutefois amené à compléter l'alimentation du nourrisson qui souffre d'absorber un lait trop peu abondant ou trop pauvre.

M. Robert Clément complète la ration alimentaire par l'administration de lait condensé sucré, pur, à la dose d'une cuillerée à café après la tétée.

Enfin, on a préconisé la thérapeutique anti-syphilitique dans tous les cas où l'on pouvait penser à la syphilis.

Dans un cas (Obs. 15) le traitement mercuriel nous a semblé accentuer la diarrhée.

Si, comme nous l'avons dit, nous avons peu rencontré d'hérédo-syphilitiques avérés parmi ces nourrissons atteints de diarrhée, le nombre des nerveux, insomniaques, agités, nous a semblé considérable.

M. Robert Clément complète souvent le traitement à l'eau de chaux par l'installation d'une cure chlorurée calcique prolongée qui, modifiant le terrain, a donné les meilleurs résultats ; elle était souvent complétée par l'administration d'un barbiturique agissant à la

fois sur les troubles nerveux et sur le péristaltisme, son action a donné de rapides améliorations.

Quels que soient les cas examinés, on voit que le choix est grand entre plusieurs médications dont les résultats cliniques se sont montrés satisfaisants. Mais il existe des médications à ne pas employer :

Tels sont les purgatifs.

Les médicaments acidifiants.

De même, on ne soumettra pas ces nourrissons à la diète hydrique dont l'action sur la courbe pondérale se montre détestable.

Dans la plupart des cas on n'aura pas à substituer d'autres aliments au lait, ni (à moins qu'il s'agisse d'une dyspepsie par excès de graisse évident) à couper le lait avant de le donner au biberon.

Enfin, les innombrables cas que nous avons vu se présenter aux consultations parisiennes, où nous avons recueilli les observations qui suivent, nous ont montré qu'il faut s'abstenir le plus possible de sevrer l'enfant.

La thérapeutique nous a toujours permis de conserver au nourrisson la seule alimentation qui lui convienne : le lait de sa nourrice.

CHAPITRE VI

OBSERVATIONS

Nous reproduirons tout d'abord dix observations dans lesquelles la diarrhée a cédé à la prescription d'un alcalin.

OBSERVATION III

Gub... Micheline est née le 18 novembre 1935 à l'hôpital Saint-Antoine, au terme de 9 mois, au poids de 4.030 gr. Le poids du placenta était de 1 kilogramme. La mère, âgée de 21 ans, et dont c'est le premier enfant, a fait auparavant une fausse couche au terme de 3 mois.

Toutefois, à la suite d'examens sérologiques et cliniques, il n'a pas été jugé nécessaire d'instituer le traitement anti-syphilitique.

L'enfant a toujours été nourrie au sein et pèse le 12 décembre 1935, 4.520 gr. Ses selles étaient régulières, une ou deux par 24 heures, mais depuis quelques jours, leur nombre a augmenté : elle émet à cette date 6 selles verdâtres et mal liées, et la défécation coïncide avec le moment des six tétées quotidiennes.

De plus, dans l'intervalle des tétées, l'enfant a eu quelques rares vomissements peu abondants, les poils de son crâne sont couverts d'une éruption

Le reste de l'examen est négatif. Le foie, la rate semblent d'un volume normal.

La nourrice suit un régime alimentaire un peu restrictif, ne mangeant aucune crudité, ni fruit ni salades, se nourrissant de viandes et de féculents.

Le pH du lait fait extemporanément montre une légère acidité de 2 papier : l'analyse du lait faite à l'hôpital Trochu par M^{re} Gibergey, interne en pharmacie donne les chiffres suivants :

Beurre 22 gr. 90 par litre, lactose 73 gr. 50, calcium 0.222 mmgr.

Cette analyse faite sur un ensemble de 30 cc prélevés de la manière suivante :

10 cc avant la tétée du matin.

10 cc au milieu de la tétée de midi.

10 cc à la fin de la tétée du soir

montrant un lait un peu pauvre en graisse, riche en lactose.

Le traitement consiste ce 12 décembre, à conseiller à la nourrice un régime élargi et administrer à l'enfant avant chaque tétée une cuillerée à café d'eau de chaux officinale.

19 décembre — L'enfant pèse 4 860 gr. et n'a plus que 4 selles par jour.

le 25 décembre — Poids 4 850 gr., l'enfant a deux selles par jour : la sécrétion diminue, on cesse l'eau de chaux.

Le 6 janvier 1936 poids 5.050 gr.

Le 13 janvier 1936 l'enfant a maigri 5.020 gr. et recommence à avoir 5 à 6 selles dont l'aspect est tout-à-fait moins modifié.

On recommence à faire précéder les tétées d'une cuillerée à café d'eau de chaux et on fait suivre chacune d'elle d'une cuillerée de lait condensé pur.

C'est le 13 février que la jeune Micheline est à nouveau présentée à la consultation, elle pèse 5.350 gr. Pour soulager la mère qui se plaint de fatigue, on restreint le nombre des tétées. On donnera chaque jour 3 biberons de 130 gr. et 3 tétées, on abandonne l'eau de chaux.

Le 17 février l'enfant en 15 jours, n'a pas pris un gramme et pèse encore 5.350 gr.

On décide de compléter chacune des trois tétées par une cuillerée à café de lait condensé.

L'enfant recevra donc en 24 heures: trois cuillerées de lait condensé pur. Trois biberons de 130 gr.

Le 2 mars 1936, le poids est de 5.720 gr., il y a deux selles par jour, la séborrhée est complètement disparue.

OBSERVATION IV

Rue... Gilberte est née à l'hôpital Saint-Antoine, le 6 novembre 1935 présentation du siège, accouchement normal. L'enfant au terme de 9 mois pèse 3.050 gr.

La mère, dont ç'a été la première grossesse, est en bonne santé. Nourrie au sein, l'enfant croît normalement, lorsque le 22 décembre apparaît brusquement une diarrhée. Les selles sont au nombre de 6 par 24 heures. Ces selles ont une coloration verdâtre qui inquiètent la mère et celle-ci attribue cette indisposition de son nourrisson à une frayeur qu'elle-même aurait ressentie la veille.

L'enfant est examinée le 26 décembre à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine.

Son poids est de 4.240 gr., le nombre des selles est toujours le même, l'examen général négatif.

L'analyse du lait faite extemporanément sur les trois échantillons habituels donne les chiffres suivants :

beurre 43 gr. 10 par litre, lactose 83 gr., calcium 0.328 mmgr., montrant un lait riche dans ses éléments principaux.

On prescrit de l'eau de chaux officinale, une cuillerée à café avant chaque tétée.

L'enfant est revue le 23 janvier 1936. Elle n'a plus que 4 selles par jour, celles-ci sont jaunes, le poids est de 4.850.

Le 6 février 1936, tous troubles ont disparu, le poids est de 5.200, on supprime l'eau de chaux.

Le 5 mars 1936, l'enfant est revue en excellente santé et pèse 5.920 gr.

OBSERVATION V

Big... Robert, est né le 19 octobre 1935, l'accouchement qui, paraît-il, a été normal, a été fait en ville et l'enfant n'a pas été pesé.

Sa mère Elise a 23 ans, a eu auparavant une fille qui est décédée à l'âge de 7 mois.

L'enfant est nourri au sein et est en excellente santé quand, le 5 décembre 1935, apparaît brusquement une diarrhée de caractère prandial. A chacune des 7 tétées de la journée, succède une selle verdâtre.

L'examen du nourrisson est entièrement négatif, son poids est de 4.370 gr.

Le pH du lait est de 6,4 (papier).

On prescrit une cuillerée à café d'eau de chaux avant chaque tétée.

Deux semaines plus tard, le 19 décembre, le nourrisson est revu. Le nombre des selles diminue progressivement, cependant le poids reste le même 4.370 gr., la même thérapeutique est maintenue.

Le 2 janvier 1936, tout est rentré dans l'ordre et le poids est de 5.250 gr. On cesse l'eau de chaux.

Revu le 12 mars 1936, le nourrisson en excellente santé, pesait 6.670 gr.

OBSERVATION VI

Slo... Jacques, pesait 3.300 gr. à sa naissance le 12 décembre 1935, à l'hôpital Saint-Antoine. Le second enfant d'une mère de 28 ans qui se trouve en bonne santé.

Il a été nourri au sein et pèse 3.380 gr. à l'âge de 3 semaines, lorsqu'il est présenté à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine. parce qu'il a chaque jour 7 selles diarrhéiques et cet état digestif est apparu dès sa sortie de l'hôpital, 7 jours auparavant.

L'examen général du nourrisson ne révèle rien d'anormal. Le lait de la mère donne les résultats suivants :

pH 6,3 Examen fait par la méthode colorimétrique avec l'indicateur bleu de bromothymol, 10 minutes après le prélèvement.

beurre 46 gr. 20 par litre, lactose 70 gr., calcium 0 gr. 356.

Il semble s'agir d'un lait sensiblement normal. Un peu trop gras, un peu acide.

L'enfant recevra une cuillerée à café d'eau de chaux avant chaque tétée.

Le 5 mars 1936, le nombre des selles a peu changé le poids est toutefois de 3.500 gr., l'enfant a pris 120 gr. en trois jours.

Le 12 mars 1936, le poids est de 3.770. L'enfant n'a plus par jour que trois selles, d'un jaune de bon aloi.

OBSERVATION VII

Car... Joseph, est né au terme de 9 mois, le 11 septembre 1935, à l'hôpital Saint-Antoine. Son poids de naissance est de 3.450 gr. Sa mère, âgée de 25 ans,

est en bonne santé. Elle a eu précédemment un garçon qui, âgé de 9 ans, est actuellement en bonne santé.

Complètement nourri au sein, le nourrisson a, depuis sa sortie de l'hôpital au 15^e jour de la vie, 5 à 6 selles par jour, diarrhéiques, de teinte verte.

Examiné à la consultation le 10 octobre 1935, on ne découvre aucun symptôme physique, on remarque simplement une hydrocèle bilatérale peu volumineuse.

On prescrit de l'eau de chaux, une cuillerée avant chaque tétée.

Le 24 octobre, le nombre des selles s'est abaissé à 4.

Le 7 novembre le poids est de 5.470 gr. Deux selles par jour. L'état de santé est parfait, on supprime toute thérapeutique.

On est obligé de la reprendre le 5 décembre devant l'apparition de nouvelles selles diarrhéiques, que n'accompagne aucun fléchissement de la courbe de poids 6.300 gr.

Le 19 décembre, le poids est à 6.850 gr., tout est rentré dans l'ordre, on peut suspendre à nouveau tout traitement.

L'enfant est revu le 5 mars 1936, son poids est de 8.600 gr. Son état de santé excellent n'a plus été troublé.

OBSERVATION VIII

Aba... Edith, est née le 12 novembre 1935, aux Enfants assistés au poids de 4.000 gr., au terme de 9 mois

Sa mère Elisabeth, âgée de 26 ans et dont c'est le premier enfant, la nourrit entièrement au sein. Cette enfant, le 12 décembre 1935, est amenée à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine, parce qu'elle présente depuis quelques jours de la diarrhée : trois selles par jour, pas de vomissements. L'alimentation de la nourrice, un peu restreinte, ne comporte ni salade ni fruits.

Le pH des selles est de 4,6, le pH du lait de la nourrice (papier) est de 6,2. Le poids de l'enfant est de 4.020 gr.

L'analyse du lait, faite à Trousseau, le 17 décembre, donne les chiffres suivants :

lactose 60 gr. par litre, beurre 40 gr. 40, calcium 0,372 mmgr.

Le 19 décembre, le poids est de 4.050, les selles moins nombreuses sont toujours vertes, on continue l'administration de l'eau de chaux.

Le 23 décembre, le poids n'a pas augmenté: 4.050; de plus, on note l'apparition d'une grosse séborrhée. On prescrit du charbon, une pâte soufrée.

Le 30 décembre, le poids est de 4.100, la séborrhée a diminué.

Le 13 janvier, le poids est de 4.550 gr.

Le 17 février, le poids est de 5.020 gr.

A la demande de la mère, on diminue le nombre des tétés, on en supprime deux qui sont remplacées par des biberons.

L'enfant est revue le 19 mars, son poids est de 5.300, la séborrhée a complètement disparu, l'état de santé est parfait.

OBSERVATION IX

Dan... Pierre, est né le 13 février 1935, au terme de 9 mois à l'hôpital Saint-Louis. Son poids était de 3.900, le placenta pesait 720 gr.

Sa mère, Marie, a 26 ans, c'est son troisième enfant. Le premier est décédé d'une gastro-entérite. Le deuxième, actuellement en bonne santé, a présenté un ictère à l'âge de 3 mois 1/2.

L'enfant est nourri au sein et prend 7 tétées de 80 gr. chaque fois.

Le 28 février 1936, date à laquelle on le présente à la consultation de l'hôpital Trousseau, il a, depuis deux jours, 7 selles par jour. Selles liquides, verdâtres. L'examen général est négatif, on note la présence d'un léger érythème fessier.

L'analyse du lait donne les résultats suivants :

beurre 28 gr 50, lactose 70 gr., pH 6,4 (bleu de bromothymol).

Le poids de l'enfant est de 3.880 gr. On prescrit de l'eau de chaux.

Le 29 février 1936, le poids est de 3.985 gr., les selles, toujours aussi nombreuses, commencent à jaunir. L'enfant est revu le 21 mars 1936, son poids est de 4.260 gr., il n'a plus par jour que trois selles jaunes.

OBSERVATION X

Cle... Andrée est née le 12 février 1936, à la fondation Pinard. Son poids était de 3.300 gr., le placenta pesait 530 gr., l'accouchement a été normal. Sa mère Henriette, 21 ans, est en bonne santé. C'est sa quatrième grossesse ; une fausse couche au terme de 5 mois 1/2. Une fille âgée de 4 ans, un garçon âgé de 2 ans.

L'enfant, nourri au sein, est amené le 9 mars 1936 alors qu'il pèse 3.800 gr., à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine, parce qu'il présente sept fois par jour une selle prandiale, légèrement glaireuse et parsemée de grumeaux jaunes.

L'examen général est négatif.

On prescrit une cuillerée à café d'eau de chaux avant chaque tétée.

Le 12 mars 1936, le poids est de 3.850 gr., il n'a plus que 4 selles.

Le 20 mars, il n'y a plus que deux selles par jour, le poids est de 3.420 gr.

OBSERVATION XI

Cay... Michèle est née à l'hôpital Saint-Antoine, le 7 février 1936, au terme de 9 mois. Elle pesait 4.610 gr. Le troisième enfant, sa mère âgée de 25 ans. Un garçon âgé d'un an et demi, une fille âgée de 5 ans, sont en bonne santé.

L'enfant est nourrie à l'allaitement mixte. On l'amène le 27 février 1936, pour une diarrhée d'apparition récente, 5 à 6 selles prandiales. Son poids est de 3.800 gr., on lui administre de l'eau de chaux.

Le 2 février 1936, le poids est de 3.920 gr. Le nombre des selles est diminué ; on note une conjonctivite banale.

Le 12 mars, le poids est de 4.120 gr., on note l'apparition d'un pemphigus. On continue l'eau de chaux.

Le 19 mars, l'enfant pèse 4.180 gr., le pemphigus est disparu.

Une analyse du lait avait donné les résultats suivants :

Beurre : 35 gr. 80 ; lactose : 65 gr. ; pH : 6,8.

OBSERVATION XII

Hon... René est né à Saint-Antoine le 24 mars 1936, il pesait 2.900 gr. pour un placenta de 390 gr. C'est le deuxième enfant de sa mère âgée de 24 ans. Une fille âgée de 4 ans est en bonne santé.

L'enfant, nourri au sein, est vu le 23 avril 1936, à la consultation des nourrissons de l'hôpital Saint-Antoine, alors qu'il présente par jour quatre selles verdâtres. Son poids est de 3.500 gr. On prescrit de l'eau de chaux.

Le 30 avril 1936, l'enfant est revu, il n'a plus de diarrhée, son poids est de 3.700 gr.

Nous reproduisons huit observations dans lesquelles le traitement par administration d'un alcalin a été complété par une thérapeutique antispasmodique ou sédative.

OBSERVATION XIII

Bre... Michèle, née à Saint-Antoine le 5 août 1935, au poids de 3.250 gr. Premier enfant d'une mère âgée de 28 ans, pesait le 11 décembre 6.650 gr. et est amenée le 19 décembre à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine, pesant 6.570 gr., avec de la diarrhée depuis deux mois. Six selles verdâtres accompagnées de quelques vomissements.

(Quelques dents poussent, le pH du lait (papier) 6,6.

L'analyse du lait donne les chiffres suivants : beurre 37 gr. 40 par litre, lactose 79 gr., caséine 7 gr. 15, calcium 0,340 mmgr.

On prescrit de l'eau de chaux à la dose habituelle.

Le 23 décembre, le poids est de 6.550 gr., il y a toujours 6 selles. A l'eau de chaux, on ajoute la prescription d'un barbiturique administré en suppositoire.

Le 9 janvier, il y a toujours six selles, mais le poids est de 6.820 gr.

Le 23 janvier, le poids est de 7.150 gr., il n'y a plus maintenant que deux selles jaune-souci.

L'enfant est revue le 9 mars 1936, au poids de 7.450 en excellente santé.

OBSERVATION XIV

Dans... Ghislaine est née le 29 décembre 1935, aux Enfants assistés, au terme de 9 mois, au poids de 3.230 gr., accouchement compliqué ayant nécessité une application de forceps.

C'est le premier enfant de sa mère âgée de 22 ans.

Nourrie au sein, cette enfant depuis sa sortie de l'hôpital, comme elle a sept tétées, a sept selles compliquées de vomissements fréquents ; selles jaunes, ne verdissant pas. L'examen révèle la présence d'un érythème fessier et des membres inférieurs, c'est une enfant agitée, insomniaque et qui présente le 23 janvier, un signe de Chwostek à l'âge de trois semaines. Le poids est de 3.670 gr.

On prescrit de l'eau de chaux, une cuillerée à café avant chaque tétée, et deux cuillerées à café par jour de la solution de chlorure de calcium à 1/5°.

L'enfant est revue le 6 février 1936 au poids de 3.750 gr., n'ayant plus que deux selles par jour et très améliorée au point de vue neuropathique.

OBSERVATION XV

Mon... Claude, est né au poids de 3.335 gr., à l'hôpital Saint-Antoine, le 28 janvier 1936. C'est le deuxième

enfant de sa mère âgée de 23 ans, le premier décédé d'un ictère chronique, la réaction de Bordet-Wassermann est positive dans le sang de la mère.

L'enfant, nourri au sein, depuis les jours qui ont suivi sa naissance présente une diarrhée, quatre selles jaune verdâtre par jour. Quand il est vu le 28 février 1936 à l'hôpital Trousseau, il a pris depuis quelques jours de l'eau de chaux et ce traitement l'a peu amélioré. Des frictions mercurielles n'ont pour résultat que de faire passer le nombre des selles de 4 à 6 par jour. L'examen montre que cet enfant présente à l'âge de 1 mois un signe de Chwostek. Le poids est de 3.950 gr. L'analyse du lait donne les chiffres suivants : calcium 0,372, lactose 80 gr., beurre 23 gr. 70, pH 6,6 (bromothymol).

Le traitement consiste à maintenir la cure par l'eau de chaux et administrer deux cuillerées à café par jour de la solution de chlorure de calcium au 1/5°.

L'enfant est revu le 10 mars 1936, il ne présente plus de diarrhée. Le signe de Chwostek a disparu bien que l'enfant reste nerveux et agité pendant la nuit. Son poids est de 4.530°gr.

OBSERVATION XVI

Que... Eliane, est née à l'hôpital Saint-Antoine, le 28 novembre 1935, au poids de 3.750 gr. le placenta pesait 610 gr.

Sa mère, Francine a 28 ans, c'est sa première grossesse.

L'enfant nourrie au sein a eu dès sa sortie de l'hôpital 5 à 6 selles diarrhéiques par jour. Elle est vue le 16 décembre 1935 au poids de 3.650 gr.

On administre de l'eau de chaux à la dose habituelle.

Le 19 décembre, le poids est de 3.650 gr., la diarrhée persiste.

Le 26 décembre, le poids est de 3.780 gr, la diarrhée a diminué, mais subsiste.

Le 20 janvier 1936, le poids est de 4.470 gr. la diarrhée persiste.

Remarquant l'aspect agité de ce nourrisson, on prescrit la solution de chlorure de calcium à la dose habituelle.

L'enfant est revue le 12 mars 1936, elle pèse 5.370 gr., elle est en bonne santé.

OBSERVATION XVII

Bou... Eliane, est née le 24 novembre 1935, à Denfert-Rochereau, au terme de 8 mois 1/2 au poids de 2.640 gr. Sa mère âgée de 22 ans, a eu deux fausses couches au terme de 2 mois 1/2.

Nourrie au sein, recevant 7 tétées par jour, elle est amenée le 30 décembre 1935, au poids de 3.070 gr. alors qu'elle présente une séborrhée du cuir chevelu. On prescrit de l'eau de Vals et une pâte soufrée.

Le 27 janvier 1936, l'enfant est revue au poids de 3.580 gr., elle présente à chaque tétée un vomissement, une selle prandiale diarrhéique, verte.

On prescrit de l'eau de chaux et la solution de chlorure de calcium.

Le 6 février, devant la persistance des vomissements on ajoute un barbiturique en suppositoire. Le poids est de 3.650 gr.

L'enfant est revue le 24 février, au poids de 3.900 en bonne santé.

OBSERVATION XVIII

Tou... Jacqueline, est née au terme de 9 mois, à l'hôpital Saint-Antoine, le 26 janvier 1935. Elle pesait 2.600 gr. Sa mère Catherine, a 29 ans. C'est son premier enfant.

L'enfant est vue le 20 février, elle pèse 3.900 gr. Elle a à chaque tétée, une selle verte. On note la présence d'un érythème fessier. Devant son aspect agité, on ajoute d'emblée au traitement habituel par l'eau de chaux, la prescription de chlorure de calcium.

Le 27 février, l'enfant pèse 3.220 gr., la diarrhée est arrêtée.

L'enfant est revue, le 12 mars 1936, elle pèse 3.670 gr. et est en excellente santé.

OBSERVATION XIX

Lor... Georges, est né à Denfert-Rochereau, le 29 mars 1935. Il pesait 2.780 gr. Sa mère a 23 ans, a

présenté dans les jours qui ont suivi un rhumatisme articulaire aigu, mais n'a pas pris de salicylate de soude de peur d'incommoder son enfant qu'elle nourrit au sein. Cependant, celui-ci, que l'on voit le 23 janvier, alors qu'il pèse 2.850 gr., présente depuis sa naissance 4 à 5 selles diarrhéiques par jour. On prescrit l'eau de chaux. Pour soulager la mère on remplace deux tétées par deux biberons.

Le 30 janvier, l'enfant a pris 20 gr. Nerveux et agité, bien qu'il ne présente pas de signe de Chwostek, on prescrit la solution de chlorure de calcium.

Le 24 février 1936, l'enfant pèse 3.120 gr. La diarrhée a diminué, mais on note la présence d'une grande séborrhée. On continue le traitement, on prescrit une pâte soufrée.

L'enfant est revu le 9 mars, il pèse 3.520 gr., il n'a plus de diarrhée, toutefois la séborrhée est mal guérie.

OBSERVATION XX

Monc... Jacqueline, est née à l'hôpital Saint-Antoine, au poids de 3.170 gr., le 5 mars 1936, accouchement normal, au terme de 9 mois. Le placenta pèse 360 gr. Sa mère Jeanne, âgée de 22 ans, est primipare.

Le 2 avril 1936, l'enfant qui pèse 3.620 gr. est amenée parce qu'à chaque tétée elle a une selle diarrhéique. Bien qu'âgée d'un mois à peine, elle présente un signe de Chwostek évident. On prescrit de l'eau de chaux, et la solution de chlorure de calcium.

Le 16 avril 1936, le poids est de 4.000 gr., il y a toujours une selle à chaque tétée, le traitement est maintenu

Le 30 avril 1936, le poids est de 4.400 gr., il n'y a plus de diarrhée, l'état de santé est excellent.

Nous reproduisons trois observations ayant résisté à la thérapeutique alcaline.

OBSERVATION XXI

Kau... Renée, est née à Saint-Antoine le 18 octobre 1935, elle pesait 2.560, et le placenta 430. Sa mère Berthe, âgée de 36 ans, a présenté 4 grossesses : une extra-utérine, une fille âgée de 7 ans, une fille âgée de 4 ans, un garçon décédé à l'âge de 7 mois. L'enfant est nourrie au sein.

On la voit le 19 décembre, alors qu'elle présente depuis quelques jours, six selles verdâtres accompagnées de vomissements, et d'une éruption séborrhéique du type érythème de Leiner Moussous. L'examen montre la présence d'un signe de Weiss ébauché. Le poids est de 3.250 gr.

Le pH du lait est de 6,6.

On prescrit le traitement habituel, eau de chaux, chlorure de calcium.

Le 26 décembre, l'enfant a maigri, 3.350 gr. On maintient le traitement.

Le 30 décembre 3.270 gr. On prescrit du sirop de

papaine, un barbiturique, et deux gouttes d'une solution à base d'hormone féminine deux fois par jour.

Le 16 janvier le poids a un peu augmenté 3.320 gr. La diarrhée et la séborrhée persistent. On donne trois fois le sein, on remplace trois tétées par trois biberons.

Le 20 janvier, 3.470 gr.

Le 30 janvier, l'enfant allait bien, pesait 3.630 gr. lorsqu'elle contracta la coqueluche.

Elle est revue après cette coqueluche, le 2 mars 1936, son poids est de 4.430 gr. La santé est parfaite, la seborrhée a disparu.

OBSERVATION XXII

Las... Irène, est née à la maternité de Port-Royal le 4 septembre 1935, au poids de 3.420 gr.

Sa mère, primipare, a 22 ans.

L'enfant est vue, le 14 décembre 1935, alors qu'elle présente depuis sa naissance des alternatives de constipation et de diarrhée. Ce jour-là, elle a neuf selles par jour. Son poids est de 4.620 gr. Le pH du lait est de 6,6.

Une analyse faite en ville, sur un seul échantillon prélevé après la tétée de midi a donné les chiffres suivants :

beurre 29 gr 15, lactose 56 gr. 50, caséine 13 gr 15, sel 3 gr 75, divers 2 gr. 10.

Le traitement consiste à compléter chaque tétée par une cuillerée de lait condensé, et administrer de l'eau de chaux.

Le 17 décembre 1935, le poids est de 4.620 gr., il y a quatre selles par jour.

Le 19 décembre, le poids est de 4.675 gr. il y a quatre selles par jour. On prescrit du charbon.

Le 27 décembre, il n'y a plus de diarrhée, le poids est de 4.800 gr.

OBSERVATION XXIII

Pon... Georges, est né le 26 septembre à l'hôpital Saint-Antoine. Il pesait 3.700 gr., le placenta 550 gr.

Sa mère Céline, âgée de 25 ans, a eu un garçon actuellement âgé de 5 ans, en bonne santé.

Nourri au sein, l'enfant fait depuis sa naissance une diarrhée prandiale et 6 à 7 selles par jour. L'examen général est négatif. On note la couleur ardoisée des conjonctives.

Le 25 octobre, on prescrit le chlorure de calcium. Le poids est de 3.670 gr. Le 4 novembre, le poids est de 3.700 gr. Il y a 6 selles par jour, des vomissements. On prescrit un barbiturique.

Le 28 novembre, le poids est de 3.720 gr., la diarrhée persiste. On prescrit du sirop de papaïne.

Le 23 décembre, le poids est de 3.980 gr., la diarrhée persiste. On tente à nouveau le traitement par l'eau de chaux.

Le 30 décembre, le poids est de 4.150 gr.

L'enfant est revu le 17 février au poids de 5.370 gr., en bonne santé.

Mais le 27 février, le poids tombe à 5.320 gr., il a à nouveau 6 selles par jour, on prescrit du charbon.

Le 5 mars, le poids est de 5.620, il y a deux selles normales.

Nous reproduisons enfin, ci-dessous l'observation d'un nourrisson sevré par sa mère malgré nos avis et qui a présenté par la suite des troubles digestifs.

OBSERVATION XXIV

Ber... Gérard est né le 18 octobre 1935 à l'hôpital Saint-Antoine, au terme de 9 mois, au poids de 3900 grammes.

Sa mère Lucienne, âgée de 26 ans, a eu auparavant un garçon âgé de 9 ans, actuellement en bonne santé.

Entièrement nourri au sein, l'enfant est présenté à la consultation de l'hôpital Saint-Antoine alors qu'il pèse 5120 gr., le 25 novembre 1935, parce qu'il présente une éruption séborrhéique du cuir chevelu du tronc, des sourcils, de la tête et qu'il a 5 à 6 selles diarrhéiques par jour.

Le pH du lait de la mère est de 6,4 (papier).

On prescrit de l'eau de Vals.

Le 2 décembre, le poids est de 5300, l'éruption a diminué, la diarrhée persiste.

Le 16 décembre, le poids est de 5.720 gr., l'enfant a été sevré par sa mère et reçoit 6 fois par jour : 80 gr. de lait de vache, 30 gr. d'eau, 10 gr. de sucre.

Le 26 décembre, l'enfant est ramené, la diarrhée

s'est arrêtée, mais l'enfant souffre de constipation ; il a 1 selle tous les deux jours — selle dure, pâle. Le poids est de 5.800 gr.

Le 30 décembre, la constipation persiste, le poids est de 6020 gr.

La levure de bière, l'eau d'orge, le lactose n'ont pu améliorer cette constipation.

Le 3 février 1936, l'enfant pèse 6.700 gr.

CONCLUSIONS

I

Il existe chez l'enfant nourri au sein, avant le 3^e mois d'âge une diarrhée verdâtre et grumelleuse qui mérite d'être isolée des autres diarrhées infantiles ; son apparition est une éventualité fréquente, au moins aussi fréquente que chez l'enfant nourri au lait de vache.

Mais, si chez ce dernier, la diarrhée est l'indice d'altération profonde du processus digestif normal, comme en sont témoins la chute du poids, la hausse fréquente de la température centrale, la putridité des selles ; chez l'enfant nourri au sein, il s'agit de troubles bénins, légers, superficiels, pourrait-on dire, puisque

l'absence de fièvre

l'absence de flore pathologique dans les selles

le peu de modification de la courbe pondérale sont la règle.

C'est à cette forme de la diarrhée que nous avons limité notre travail.

II

C'est du 15^e jour au 3^e mois de la vie qu'apparaît brusquement la diarrhée, parfois plus tôt, succédant immédiatement aux selles méconiales.

Il y a 6, 8 selles par jour, souvent prandiales, leur nombre, leur rythme sont réglés par le nombre, le rythme des tétées.

Il s'agit de selles plus ou moins fluides, vertes d'emblée ou verdissant à l'air par suite de la présence de biliverdine. Elles sont semées d'amas blancs, lenticulaires, qui sont constitués par des graisses, des acides gras ayant échappé à la digestion.

Ces selles diarrhéiques sont acides, leur pH reste compris entre pH 5 et pH 4.

Dans un autre type de selles, on peut rencontrer des amas de mucus où des glaires muqueuses traduisent déjà une réaction colique.

Mais jamais on ne verra de selles franchement liquides.

De selles muco-sanglantes.

De selles putrides.

III

Le diagnostic différentiel est aisé, il suffit d'éliminer la multidéfécation.

De même, nous avons considéré comme sortant du cadre de ce travail les accidents dus à l'anaphylaxie au lait de femme dont le tableau clinique grave, vomissements, pâleur, tendance syncopale ou convulsive est bien différent.

IV

Il s'agit donc d'une affection banale depuis longtemps bien connue et bien décrite. Cependant, son étude nous a paru intéressante à un double point de vue :

a) parce qu'elle a donné lieu à de nombreuses *discussions étiologiques* dont la série ne semble pas close, aucune des causes incriminées ne semblant capable d'expliquer à elle seule tous les cas de cette affection.

b) parce que cette affection si fréquente, si banale, si bénigne cédant le plus souvent à des *thérapeutiques simples* ; comme nous avons pu l'observer dans les deux consultations hospitalières où nous avons réuni les observations que nous publions plus haut, est parfois le prétexte de résolutions extrêmes, beaucoup plus nuisibles qu'utiles telles la diète hydrique, ou le sevrage prématuré.

V

Si, à partir du 4^e mois de la vie, la diarrhée de l'enfant au sein revêt le même aspect clinique, souvent elle relève d'une cause évidente. La plus fréquente serait la suralimentation ; d'autres fois, il s'agit d'un trouble physiologique de la nourrice, réapparition des règles, nouvelle grossesse.

Enfin, la diarrhée peut être due à une infection du nourrisson, pouvant n'être alors qu'un épi-phénomène

au cours d'un syndrome infectieux extra-digestif, ou bien elle relève directement d'une infection digestive.

Bien plus difficile est de mettre en évidence la cause des diarrhées des trois premiers mois. Cette recherche a été le sujet d'innombrables travaux dans le but d'apporter à l'affection une thérapeutique rationnelle.

a) LE TERRAIN a été incriminé.

Terrain héréditaire.

1° Hérité syphilitique pour M. Marfan déterminant une insuffisance transitoire du tube digestif révélé par l'ingestion de lait de femme.

2° Hérité dyspeptique pour Raimondi.

3° Hérité neuropathique pour Finkelstein.

De fait, si nous n'avons pas trouvé une proportion d'hérédo-syphilitiques supérieure à la normale pour une consultation de nourrissons, la plupart des nourrissons examinés étaient des enfants irritables, agités, insomniaques et dont certains présentaient des signes de spasmothilie évidente. Parfois, même, malgré leur jeune âge, un signe de Chwostek vrai.

b) LE LAIT DE LA NOURRICE a été mis en cause par de nombreux auteurs :

L'excès de beurre a été le sujet des travaux les plus anciens.

Ducuing, en 1924, en a fait le sujet de sa thèse. L'excès de beurre déterminerait la diarrhée par action des acides gras provenant de son dédoublement.

M^{lle} Desbrousses (thèse 1930) attribue à l'excès de lactose la physionomie particulière de cette diarrhée. L'acidité des selles serait due aux acides de fermentation du lactose.

De même, on a incriminé le taux de la caséine, et du fer dans le lait maternel.

VI

Il avait pu sembler intéressant de rechercher s'il n'existait pas de relations entre le pli des selles et le pH du lait ingéré.

Ce rapport ne nous est pas apparu.

Il est plus intéressant de considérer plutôt que le pH initial du lait, les modifications possibles de celui-ci au cours de la digestion gastrique.

Une des caractéristiques du lait de femme est la faiblesse de son *pouvoir tampon*. Cette caractéristique est à la base de nombreuses réactions colorées, telles celles de Høyberg et celles de Meyer, qui permettent de différencier le lait de femme de celui des autres mammifères. Cette caractéristique si marquée explique la fragilité du lait de femme. La rapidité avec laquelle il s'altère.

Elle pourrait aussi permettre d'édifier une hypothèse sur le mécanisme de ces diarrhées acides.

Soit que le lait de la nourrice présente un pouvoir tampon anormalement faible.

Soit que le nourrisson sécrète un suc gastrique d'un grand pouvoir acidifiant.

Le pH du contenu gastrique déterminant l'ouverture du pylore, serait atteint presque instantanément. L'évacuation de l'estomac se ferait d'une manière prématurée, presque immédiate : avant que la digestion gastrique ait eu le temps de s'accomplir totalement..

Ce qui serait en accord avec l'aspect prandial de ces diarrhées.

La présence d'acides gras peut être due au sucre ayant échappé à la digestion dans l'intestin grêle par suite de la traversée rapide de celui-ci.

VII

Traitement. — Telles sont les difficultés du diagnostic étiologique. Aussi, l'analyse du lait de la nourrice donnera bien rarement un résultat intéressant.

Les chiffres exprimant le poids des sucres en lactose, des graisses en beurre, ne donnent qu'un aspect extrêmement résumé et infidèle de la composition bien plus complexe du lait de femme.

La variabilité d'un même lait, d'une heure à l'autre de la journée, du commencement à la fin d'une même tétée oblige pour avoir un résultat interprétable à plusieurs prélèvements, dont l'échelonnement est difficile à confier à l'initiative de la nourrice.

Aussi, étant donné la bénignité de l'affection, pensons-nous qu'on puisse dans la majorité des cas, laisser ces recherches analytiques et délicates en réservant la pratique aux cas graves, si exceptionnels, de la maladie et *tenter en premier lieu un essai thérapeutique*.

Certains auteurs ont préconisé l'administration de sel de chaux, de charbon, de bol blanc, presque toujours avec d'excellents résultats.

Le Dr Robert Clément utilise l'eau de chaux donnée à la dose d'une cuillerée à café avant chaque tétée. Le succès de cette thérapeutique étant très satisfaisant.

Ainsi, quel que soit leur mode d'action, alcalinisante, adsorbante, substance tampon, quelques médicaments d'administration très simple amènent le plus souvent la sédation de ces troubles.

Le docteur Clément, ajoutant souvent à cette thérapeutique digestive une médication chlorurée calcique, modificatrice du terrain qui, souvent, a aidé à la guérison définitive de cas rebelles.

L'administration de laxatif est déconseillée, de même l'institution d'une diète hydrique. Enfin, on doit toujours s'efforcer d'éviter le sevrage des nourrissons.

Le lait humain se montre, chaque fois que l'on pousse un peu son analyse, si différent des laits d'autres mammifères, qu'on peut dire qu'il est pour l'enfant la seule nourriture rationnelle. De nombreux cas nous ont montré qu'avec l'adjonction d'une thérapeutique appropriée et simple, en veillant à assurer à la nourrice

une alimentation saine et suffisante, on arrive presque toujours à faire tolérer le lait maternel.

La notion de « mauvais lait » est presque toujours fausse.

Et la sagesse chinoise est toujours actuelle, qui disait :

« Tu ne médiras pas du lait de ta mère. »

Vu :

LE DOYEN,

ROUSSY.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,

NOBÉCOURT.

Vu et permis d'imprimer .

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ALARCON. — *La dyspepsie transitoire des Nourrissons*. Edit. Baillière et Fils, Paris, 1929.
- ARON. — Das Salzsaurebindungs vermögen von frauen und kuhmilch. *Jahrb Kunderheilh*, 1914, t. XXIX, 288.
- BAR. — *Bulletin de la Société d'Obstétrique*, 1903.
- BARBIER. — *Médecine Infantile*, p. 25.
- BARBIER. — *Accidents dus à l'excès d'albumine dans le lait*. *Journal de diététique*, 15 juillet 1912, p. 145.
- BERTHOLLET. — *Thèse Paris*, 1906.
- BONNET-LABORDERIE et DEKESTER. — *Journal des Sciences Médicales de Lille*.
- BUDIN. — *Le Nourrisson*, 1900.
- CATTANEO. — Sulla rezione del latte di donna. *Rivista de clinica pediatrica*. Juillet 1905.
- COMBES. — *Les maladies gastro-intestinales aiguës des Nourrissons*. Baillière et Fils, 1913, p. 168.
- DEL BONDIO. — Intolérance pour le lait maternel par excès de graisse dans le lait. *La Pediatria*, mars 1908.
- DUCUING. — *La dyspepsie du Nourrisson au sein par excès de beurre*. Thèse de Paris, 1924.
- *Gazette des Hôpitaux*, n° 73, 11 septembre 1926.
- LEHMANN (G.). — Mesure du pouvoir tampon. *Biochem Ztsch*, 1922, 133, 30.
- LESAGE. — *La maladie spasmodique des Nourrissons*.
- LESNÉ et BINET. — *Physiologie normale et pathologie du nourrisson*, Masson, p. 142, 1921.
- MARFAN. — *Les affections des voies digestives dans la première enfance*. Paris, Masson, 1923.

- *Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier âge*. Paris, Masson, 1920.
- *Traitement de la diarrhée des enfants nourris au sein*. Paris Médical, 3 février 1917.
- MARFAN et LEMAITRE. — *Précis d'hygiène et des maladies du Nourrisson*, p. 353.
- MATSUMOTO (B.). — La concentration en ions H^+ et le pouvoir tampon du lait de femme. *Biochem Ztsch*, 1928, 117-118.
- POLONOVSKI (Michel). — *Compte rendu du Congrès de Pharmacie de Liège*, 1934.
- *Analas de la Sociedad Española de Física*, t. XXXIII, 1935, p. 887.
- POLONOVSKI (Michel) et LESPAGNOL. — *Bull. Société Ch. Biol.*, 12.
- RAIMONDI. — *La dyspepsie de naissance chez le nourrisson*. *Revue de Puériculture* n° 2. Avril 1910, p. 17.
- R BADEAU-DUMAS (Sergent - Ribadeau-Dumas - Babonneix). — *Pédiatrie*. — FOUET : *Société de Pédiatrie*, mai 1924. — MATHIEU et WILLEMIN. — *L'arrêt de croissance des nourrissons du 6^e au 8^e mois, syndrome de carence frustée*. Société de Pédiatrie. Février 1930.
- ROHMER. — *Alimentation et troubles alimentaires du nourrisson*. Le Concours Médical, 1924, p. 239.
- SLAWIG. — *Deutsch med. woch.*, 1919, n° 5.
- SLOBOSIANO. — *La pathogénie des diarrhées primitives des nouveau-nés au sein. Leur traitement par les substances adsorbantes*. Le Nourrisson, 1925.
- TAPERNOUX. — *Le Lait*, nov.-déc. 1928.
- VARIOT. — *Traité des maladies des Enfants du premier âge*.

